

船員保険

疾病任意継続  
被保険者

資格取得申出・  
保険料納付遅延理由 申出書

遅

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 欄	①	記 号 ・ 番 号 （ 左 づ め ）	<div></div>											
	②	被 保 険 者 の 氏 名 （ 申 請 者 ）	(フリガナ)											
	③	生 年 月 日	<div>昭和</div> <div>平成</div>			年			月			日		
	④	住 所	郵便番号					—					電話番号 (日中の連絡先)	( )
			<div>都 道</div> <div>府 県</div>											

遅延理由	

※審査の結果、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

また、今後はお支払期限を過ぎての納付は認められません。

お支払期限までにお支払いいただけなかった場合、保険の資格を喪失することとなります。  
必ずお支払期限までにお支払いください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部